

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Sylvain CAROF

Né à Ploudalmézeau (Finistère), le 2 mars 1878

DE L'INCISION

DES

Épididymites Blennorragiques suppurées

Résultats de deux années de pratique à l'hôpital Ricord

Président : M. PAUL SEGOND, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	{ WIDAL
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	{ HAYEM
Clinique médicale	{ GILBERT
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
	{ DELBET
Clinique chirurgicale	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	{ BAR
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECONDE

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

DE L'INCISION

DES

Épididymites blennorragiques suppurées

I

INTRODUCTION

Nous avons eu la bonne fortune d'assister, dans le service de M. le D^r Michon, à l'hôpital Cochin annexe, à plusieurs incisions d'épididymites blennorragiques et nous avons pu constater les résultats, immédiatement satisfaisants, de ces interventions très bénignes.

M. le D^r Michon a bien voulu nous autoriser à rassembler les cas semblables qui se sont rencontrés dans son service depuis deux ans, et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale, et nous commençons par lui en exprimer, au début de ce travail, notre profonde reconnaissance.

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici l'histoire

des épидidymites blennorragiques, ni même de nous égarer dans des considérations pathogéniques ou des constatations anatomo-pathologiques, qui nous entraîneraient trop loin, et sortiraient du cadre de ce travail, que nous avons désiré exclusivement clinique et pratique.

D'ailleurs la chose eût été rendue fort difficile à cause du manque absolu d'autopsies et les diagnostics anatomo-pathologiques faits de visu au cours d'une intervention ne peuvent être qu'incomplets et sans valeur réelle ; leur intérêt est de ce fait considérablement diminué et, dans l'occasion, il n'était déjà que très faible en lui-même.

Aussi nous contenterons-nous d'exposer, avec le plus de précision possible, ce que nous avons vu, les conséquences que nous avons cru pouvoir tirer, logiquement et simplement, des observations qui suivront et espérons pouvoir convaincre nos lecteurs des bienfaits que peuvent retirer les malades d'un traitement nouveau, chirurgical et simple de l'épididymite blennorragique.

Rappelons brièvement ce qu'est l'épididyme.

Un petit organe de 50 millimètres de long sur 10 à 15 de large et 5 d'épaisseur, qui recouvre le bord postéro-supérieur du testicule, auquel l'attachent des replis de la vaginale.

De ses trois portions : tête, corps et queue, cette dernière surtout nous intéresse, car c'est elle qui est, dans la plupart des cas, le siège des lésions gonococciques.

Retenons seulement qu'elle se continue avec le canal déférent, dont la portion initiale affecte un changement complet de direction par rapport à elle ; qu'elle est unie au testicule sous-jacent par une lame de tissu conjonctif très serré, qu'elle est complètement en dehors de la vaginale et que les rapports respectifs de la queue de l'épididyme, du pôle inférieur du testicule, de la vaginale, et du fond des bourses, sont maintenus d'une façon fixe par les adhérences intimes d'un faisceau conjonctif, connu sous le nom de ligament scrotal.

Ces simples souvenirs font comprendre combien il est facile, dans la plupart des cas, de sentir l'épididyme à travers la peau du scrotum, et comment un abcès, localisé dans la queue de cet organe, respecte le plus souvent la vaginale, mais décèle sa présence par une rougeur plus intense au niveau de la partie postéro-moyenne du scrotum, auquel il peut finir par adhérer, et où il peut même venir se faire jour.

Nous donnerons à ce travail une division, qui sort un peu du type classique, mais qui nous a paru plus commode et plus en rapport avec le but pratique que nous nous proposons.

Et nous chercherons à savoir pourquoi on a méconnu nombre d'orché-épididymites blennorragiques suppurées et pourquoi, de ce fait, on les considère comme rares ; puis nous verrons quelles causes peuvent influencer sur l'évolution vers la suppuration de ces épididymites ; quels symptômes

doivent nous faire penser à la possibilité d'un abcès épидидymaire ; quelles complications, ou simplement quels désagréments peuvent résulter, pour un malade, de l'évolution d'un abcès, même petit, méconnu ; nous ferons ensuite un parallèle entre les nombreux traitements jusqu'ici préconisés, et le traitement chirurgical, dont nous exposerons les indications, la technique opératoire et les résultats.

Nous terminerons par les observations, qui sont la base de ce travail, et les conclusions pratiques.

II

SUR LA FRÉQUENCE DES ÉPIDIDYMITES BLENNORRAGIQUES SUPPURÉES

Lorsqu'on a parcouru les ouvrages classiques, manuels, traités plus importants, articles consacrés plus spécialement aux affections génitales mâles, on se figure volontiers que la suppuration d'un épидидyme au cours ou au déclin d'une blennorragie est chose rare.

Cette éventualité est le plus souvent qualifiée complication et regardée comme rare et sans doute sous la dépendance d'autres facteurs que la blennorragie, venant aggraver une évolution normalement simple et bénigne.

Nous pensons, depuis nos constatations, que cette suppuration est fréquente, et sa prétendue rareté nous paraît due à différentes causes.

Tout d'abord la rareté des autopsies : l'occasion ne se présente pas tous les jours d'avoir dans la main une épидидymite blennorragique en pleine évolution.

Lorsqu'on s'arrête par hasard à l'examen d'un

testicule au cours d'une autopsie pour une autre cause, testicule atteint jadis d'orchite, on trouve la plupart du temps les lésions banales des vieux noyaux, des formations fibreuses de réparation, mais pas de pus et tout naturellement, on en est arrivé à conclure que ce pus ne se présentait que rarement.

Les suppurations qui envahissent la vaginale et le testicule, celles qui se font jour au dehors, à travers les parois scrotales, sont en réalité, elles, très peu fréquentes, et c'est à elles qu'on a réservé surtout le terme de suppurations des orchites.

Enfin, jusqu'ici, les chirurgiens n'avaient pas jugé à propos d'intervenir pour une affection, catégorisée banale, dont le traitement, institué de vieille date, était réglé d'avance et institué d'une façon presque routinière ; il donnait, ma foi, des résultats assez satisfaisants. On immobilisait le patient, les testicules sur une planchette ou serrés dans un suspensor, badigeonnés de différents onguents et on attendait patiemment que le testicule en question reprenne une allure à peu près normale.

Le malade souffrait plus ou moins, traînait plus ou moins, gardait plus ou moins gros et induré son épididyme, et sortait plus ou moins tôt de l'hôpital, pour trouver immédiatement à la sortie, la facile occasion d'une récurrence qui ne demandait qu'à naître.

Et nous allons voir quelles étaient la règle, ces récurrences.

III

ÉTIOLOGIE

Les façons diverses d'attraper une orchite blennorragique sont connues et du ressort de l'histoire des orchites blennorragiques en général.

Ce n'est pas là notre sujet. Nous allons chercher les causes retrouvées le plus souvent dans l'histoire des malades qui nous occupent, c'est-à-dire, non pas de ceux qui ont des épидидymites blennorragiques, mais de ceux qui ont des épидидymites blennorragiques suppurées.

Tout d'abord, le plus ou moins de gravité de la blennorragie, surtout l'intensité des phénomènes urétraux, l'abondance de l'écoulement purulent, ont leur importance.

Le plus souvent il s'agit de malades qui coulent énormément, et qui, ou bien ne se sont pas soignés dès le début de leur affection, ou bien au contraire, pour guérir plus vite, ou hantés par cette neurasthénie de goutte militaire si fréquente, se sont livrés à une médication locale intempestive et traumatisante.

Ces constatations ne sont pas faites pour nous

étonner, l'abondance du pus expliquant naturellement l'envahissement du canal urétral tout entier, de sa partie postérieure, et l'acheminement plus facile vers le déférent et l'épididyme ; d'autre part les manœuvres abortives, les dilatations d'un soi-disant rétrécissement, une électrolyse linéaire fantaisiste, sont autant de chocs qui créent une orchite qui ne demandait qu'à apparaître, et dont l'orchite des vieux urinaires est un type classique.

Or, on voit, à Ricord, quantité de malades qui ne recourent à nos soins que lorsque leurs ressources pécuniaires ont été complètement épuisées par l'industrielle malhonnêteté des charlatans patentés ; et pour peu que l'on ait suivi un peu régulièrement les consultations et les services si fréquentés de ces vieilles bâtisses, on sait bien qu'il faut compter sur ces sortes de praticiens, qui sont comme un microbe nouveau et très virulent, digne d'entrer en ligne de comptes des complications de la blennorrhagie, et d'y figurer en excellente place.

Mais ce sont la plupart du temps des blennorrhagiques de vieille date, ayant réchauffé leur affection, qui voient leur épididyme lésé jusqu'à la suppuration. Et cela se conçoit, si l'on songe que les atteintes antérieures du canal urétral, les lésions parfois minimales, mais existantes d'une poussée épididymaire, déjà ressentie, ont mis tout l'arbre génital en état de particulière réceptivité.

Enfin, le plus souvent, les malades accusent un

traumatisme, une marche forcée, une fatigue quelconque.

Loin de nous la pensée de nier l'importance réelle du traumatisme dans l'étiologie du l'orchite ; mais il en est d'elle comme de toutes les maladies ; instinctivement, la femme qui a une tumeur du sein accuse toujours un coup reçu au point malade ; pour les intéressés, toutes ou presque toutes les maladies des yeux sont l'effet d'un coup d'air et les orchites suivent la règle.

Aussi ne devons-nous accepter, qu'avec le plus prudent scepticisme, ce que nous racontent les malades.

Une cause d'ordre général nous a paru influer sur l'évolution de l'épididymite vulgaire des blennorragiques. Nous voulons parler de l'état de résistance de l'individu, que ce soit un déprimé par tempérament, un faible, un malade, ou simplement un déprimé d'occasion, un fatigué. Leurs leucocytes luttent avec moins de chance et sont plus facilement vaincus.

Ce ne sont pas là des règles absolues, mais de simples constatations, qui admettent bien des exceptions. Car nous avons vu, à plusieurs reprises, des individus solides, avec une blennorragie banale, présenter cette complication.

En somme, les notions étiologiques sont assez vagues, et de peu d'importance pour le clinicien, qui ne pourra baser sur elles un diagnostic raisonné, et y puiser ses indications opératoires.

Il n'en est pas de même des symptômes qui,

comme nous allons le voir, présentent dans les cas de suppuration, des particularités qui doivent faire penser à la présence d'un abcès et forcer la main du chirurgien.

IV

SYMPTOMES

Parmi les symptômes fonctionnels, l'un surtout domine et nous y attachons même une importance capitale : c'est la douleur.

Dans les orchio-épididymites blennorragiques, la douleur est un des premiers signes : elle est rapidement intense, entraînant des accidents réflexes, ténésme, vomissements ; mais au bout de plus ou moins de temps, et surtout lorsque le malade s'immobilise, elle diminue et finit par être, sinon nulle, du moins très supportable, et seulement réveillée par l'exploration de l'organe.

Il n'en est pas de même lorsque l'épididymite est suppurée : la douleur est intense, excessivement intense, et cela non seulement chez les sensibles et les nerveux, mais chez tous, chez les plus courageux. Cette douleur est tellement forte que la plupart se refusent à un examen physique et ne l'acceptent qu'avec crainte, un sentiment de frayeur véritable se peignant instinctivement sur le visage de tous.

Cette douleur, de plus, persiste, et, si elle diminue un peu par l'immobilisation, elle ne cesse pas ; elle a des recrudescences terribles et fréquentes ; elle se prolonge des jours et des semaines.

Dans ces conditions, l'exploration du testicule tout entier, mais surtout de l'épididyme est un véritable supplice, qu'il faut autant qu'on le peut éviter au patient, et on ne doit en tous cas le pratiquer qu'avec prudence et douceur et le moins souvent possible.

Nous ne saurions trop insister sur ce symptôme, car il nous est toujours apparu avec la plus grande netteté, il n'a jamais manqué chez aucun de nos malades, et nous en avons fait pour ainsi dire la grande porte ouverte à l'intervention.

Bien entendu, dans ces conditions, l'impotence fonctionnelle est absolue, la marche impossible, et c'est avec des précautions inouïes, une physionomie toute d'anxiété, que le malade vient se présenter à nous.

On se trouve alors en présence de ce testicule gros, recouvert d'un scrotum tendu, luisant, rouge, qui caractérise l'orché-épididymite blennorragique. En y regardant de près, on peut alors apercevoir parfois, mais assez rarement, sur la partie postéro-moyenne du scrotum, un point plus rouge, qui peut même bomber légèrement et que le malade connaît bien pour être le lieu d'une sensibilité toute particulière.

Si le pus, rompant ses barrières épидидymaires,

est venu déjà envahir les portions voisines et la peau du scrotum, on a alors devant les yeux le vulgaire abcès chaud avec tous ses signes.

Une habile palpation y décèlera assez facilement la fluctuation, et, dans ces cas, le diagnostic ne fait aucun doute et le traitement s'impose. Mais, lorsque l'abcès est intra-épididymaire, réduit à quelques gouttes de pus, cette fluctuation est imperceptible ; il est inutile, il est douloureux, j'ajouterais même barbare, de la rechercher avec insistance.

Car, alors qu'on peut, sans arracher des cris à un malade patient et résigné, palper un épидидyme simplement induré ou à sa période de congestion, cette manœuvre devient insupportable lorsque l'épididyme contient du pus ; et tout de suite, instantanément le malade pousse un cri de douleur et déclare nettement ne plus vouloir supporter l'exploration.

Il n'y a pas alors de doute à avoir ; on se trouve en face d'un abcès : il faut intervenir.

Les symptômes généraux, les accidents réflexes qui sont le cortège ordinaire des épидидymites blennorragiques, marchent dans ces cas parallèlement avec les accidents locaux et on a des vomissements répétés, une élévation de température plus marquée ; le sommeil fait défaut, ou est très troublé par la douleur, le teint est pâle, l'aspect général misérable et typique.

Enfin deux autres signes viennent aider un diagnostic hésitant : la durée de l'orchite, ou les récidives.

Nous parlerons de ces dernières à propos des complications.

Disons tout de suite que ces orché-épididymites entraînent parfois des semaines, semblent guéries, reviennent, subissent des poussées aiguës sous l'influence de la moindre cause, parfois sans cause, et qu'elles résistent à la plupart des traitements ordinaires pendant un temps anormal, alors qu'une simple épididymite congestive profite favorablement de ces traitements.

V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de suppuration épидидymaire blennorragique est, on le voit, facile dans la grande majorité des cas.

La notion de blennorragie antérieure qui a, le plus souvent, de très près précédé l'apparition de l'orchite, l'évolution à forme aiguë de cette dernière, l'intensité de la douleur et les signes locaux que nous venons de signaler ne laissent guère de doute, lorsqu'on a fait le diagnostic de la blennorragie. Et ce dernier est en dehors de notre sujet.

Nous insistons encore une fois sur l'importance de la douleur.

Nous ne nous arrêterons donc pas outre mesure sur ce chapitre du diagnostic.

Qu'au pis aller on se trompe et qu'on donne un coup de pointe dans une épидидymite non suppurée, il n'y aura pas de mal : nous avons même la prétention que cela ne peut qu'activer la guérison en décongestionnant la région et en agissant comme une bonne petite saignée locale.

Et mieux vaut certes manquer un peu de prudence que d'en avoir trop, car le malade risque, en gardant du pus dans son épидidyme, des complications qui ont leur importance et que nous allons rapidement passer en revue.

VI

COMPLICATIONS

Les extensions locales du pus, franchissant la barrière épидидymaire, sont chose rare, mais on en possède tout de même d'assez nombreux cas dans la science.

La vaginale s'est le plus souvent protégée par des adhérences, et c'est l'exception de voir sa cavité envahie tout entière : il s'agit le plus souvent d'une vaginalite partielle localisée ; mais, dans les cas de vaginalite totale, notre procédé opératoire triomphe nécessairement.

Dans une de nos observations nous avons trouvé toute la partie inférieure du déférent envahie sur plusieurs centimètres avec une funiculite énorme concomitante : les souffrances étaient très grandes et la guérison fut rapide par l'intervention.

Le scrotum enfin peut, dans le point qui confine à l'épididyme, être envahi, lui aussi, et s'abcéder. Le pus se fait jour en dehors, et c'est un mode de guérison ; nous n'avons pas vu ces cas se fistuliser et

n'en avons point trouvé d'exemples dans nos recherches bibliographiques.

Quant aux abcès prostatiques, avec toutes leurs complications propres, ils sortent, eux aussi, de notre sujet ; mais il est facile de comprendre que la suppuration épидидymaire ne peut que les favoriser.

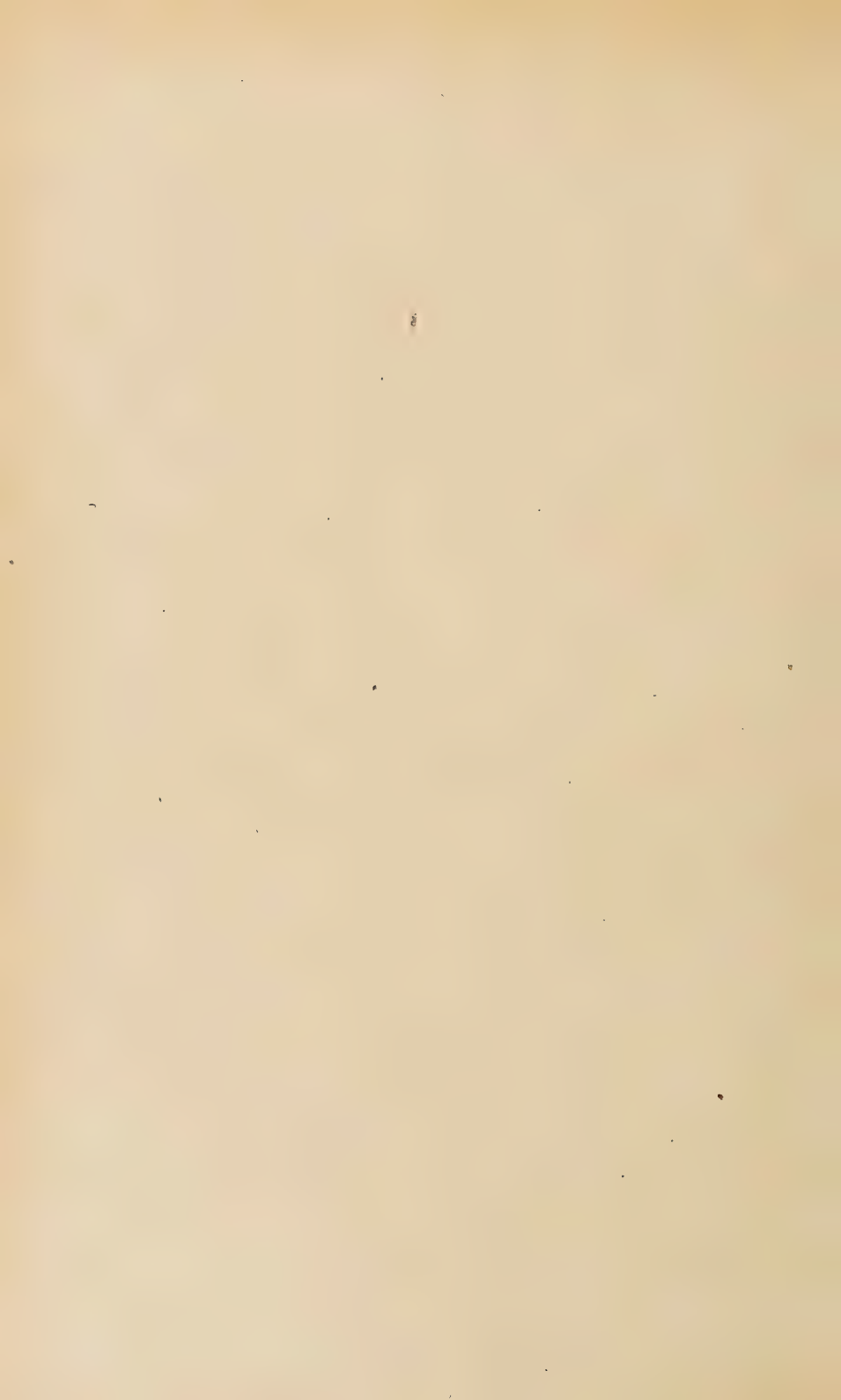
Ce qui est plus intéressant pour nous, c'est la constatation d'une complication importante, quant au fonctionnement ultérieur du testicule : nous avons nommé l'oblitération de l'épididyme et sa perte fonctionnelle. Ledouble cite un cas, où la perméabilité aurait résisté à la suppuration. Mais, dans la grande majorité des cas, cette perméabilité ne doit plus exister ; il est incontestable que les brides fibreuses, qui sont le traitement guérissant de la bonne nature, forment un bouchon cicatriciel compact, et, fermant toute porte de sortie à la sécrétion glandulaire du testicule, font de lui un organe désormais inutile, et qui ne conserve qu'une valeur morale, d'ailleurs énorme.

On conçoit toute l'importance de ce fait, lorsque la lésion est bilatérale. Et la seule pensée d'une pareille occurrence est assurément suffisante à autoriser une intervention aussi bénigne que celle que nous allons maintenant décrire.

En réalité, il nous a été impossible de savoir, d'une façon précise, si les interventions auxquelles nous faisons allusion, ont été suivies ou non de perméabilité de l'épididyme. Il nous eût fallu des consta-

tations anatomo-pathologiques, que nous n'avons heureusement pas eu occasion de faire.

Mais nous croyons volontiers que les chances sont plus grandes, pour le malade, de se voir rentrer en possession de son fonctionnement testiculaire par notre procédé plutôt que par le traitement jusqu'ici pratiqué, traitement dont le but était d'aider la nature à faire du tissu fibreux de cicatrisation et dont le résultat ne pouvait être que l'adhérence l'une à l'autre des parois malades du canal.



VII

TRAITEMENT

Quand un malade, atteint d'orchi-épididymite blennorragique, arrivait à Ricord, avant l'application de cette méthode, on le couchait, et on lui appliquait, à l'aide d'un spica double de l'aîne, les bourses sur une planchette, garnie d'ouate et échancrée en son milieu, pour recevoir la racine des bourses. Le plus souvent, on s'en tenait là ; on purgeait le patient, on le mettait au régime lacté, et on attendait la fin de l'orchite pour traiter la blennorragie.

On attendait parfois longtemps.

Dans certains cas, on faisait en même temps sur le testicule malade, lorsqu'il était particulièrement gros et sensible, des applications variées : eau bouillie pure et simple sur des compresses, pommade mercurielle qui semblait donner d'assez bons résultats, cataplasmes chauds de farine de lin ou de fécule de pomme de terre, qui avaient l'avantage d'amener un assez grand soulagement.

Les accidents aigus cédaient à ce traitement au bout de quelques jours et le malade pouvait se croire

guéri ; il sortait de l'hôpital, et, trop souvent, revenait le lendemain ou quelques jours plus tard, complètement repris, comme la première fois. Et, nous l'avons dit, c'est surtout dans ces cas de récidives rapides que l'intervention nous a paru le plus efficace.

Nombre de malades, dans les salles réservées aux orchites, demandent spontanément l'intervention chirurgicale, pour éviter la souffrance et guérir plus vite, ayant constaté l'amélioration rapide de leurs compagnons de malheur.

Et on arrive de plus en plus, dans ces conditions, à inciser ces épididymites.

Voici quel procédé emploie M. le D^r Michon, qui a introduit la méthode dans la pratique courante de son service.

VIII

MANUEL OPÉRATOIRE

L'anesthésie générale est indispensable, si l'on veut que les choses se passent convenablement et simplement.

L'anesthésie locale au chlorure d'éthyle ou à la cocaïne supprime en effet la douleur au point d'incision, mais ne permet pas de saisir à pleine main le testicule du côté malade et de tendre la peau du scrotum au point où l'on veut fonctionner. Or ce sont là des temps très importants.

D'autre part le chloroforme est un bien grand monsieur pour une intervention aussi bénigne et dont la rapidité frise l'instantané.

Aussi le D^r Michon a-t-il adopté le chlorure d'éthyle en application générale, suivant la méthode classique.

Sitôt le malade endormi, on saisit dans la paume de la main le testicule malade, et on sent entre le pouce et les deux premiers doigts l'épididyme induré ou la petite collection qui l'entoure. On tend alors fortement la peau du scrotum à ce niveau, de façon à bien limiter le point épидидymaire et à pénétrer

directement dans la queue de l'épididyme, siège ordinaire des lésions.

A l'aide du bistouri, on fait, à la peau, une incision de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres tout au plus, jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

A ce moment, à l'aide de la sonde cannelée et sans qu'il soit besoin du bistouri, on ponctionne la queue épидидymaire.

On sent nettement que l'on pénètre dans une cavité, que l'on élargit à l'aide de la pointe mousse de la sonde et que l'on explore en tous sens. On voit alors, dans la grande majorité des cas, sourdre quelques gouttelettes de pus, dans lequel la plupart des examens bactériologiques qui ont été faits ont décelé la présence du gonocoque. On exprime un peu l'épididyme en pressant dessus ; on nettoie avec une solution antiseptique quelconque et on referme la petite plaie scrotale à l'aide d'un crin de Florence.

L'opération est terminée : elle a duré quelques minutes ; le malade n'a pas souffert, et, sitôt revenu à lui, avec une rapidité que nous avons tous et souvent constatée, il va se sentir soulagé, son état général va s'améliorer et il va guérir très vite.

Les malades dont nous avons relevé les observations sont restés pour la plupart de dix à quinze jours à l'hôpital après leur opération, et aucun d'entre eux n'est revenu, ce qui porte à croire que la plupart ont été définitivement guéris.

A côté de cette constatation nous avons relevé 216 cas d'orchites blennorragiques soignés dans une

des salles du service depuis un an : de ces 216 cas, 64 sont partis après quelques jours, sur leur demande, non guéris ou guéris incomplètement ; 118 ont fait un séjour de douze à vingt jours dans le service et 34 sont restés plus de vingt jours en traitement.

On voit donc que, non seulement en se plaçant simplement au point de vue de la rapidité de l'évolution, on ne fait pas perdre de temps aux malades, mais ils guérissent plus vite et plus sûrement.

Et ce temps gagné ou perdu est une considération qui a sa valeur par ces temps de lutte intense et dans le milieu des jeunes gens en évolution sociale où se récoltent la plupart des malades.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Félix C..., vingt et un ans, salle 4, lit 18.

26 mars 1909. — Blennorragie depuis trois semaines.

Orchite gauche depuis huit jours, droite depuis sept jours.

Épididyme droit plus gros ; pas d'adhérences à la peau,
pas de déférentite marquée, très douloureux.

Mêmes lésions à gauche, mais moins marquées.

Chlorure d'éthyle et incision.

A droite, pus, gros comme un pois : à gauche, pas de pus.

Pas de drainage. Suture.

Gonocoque dans le pus.

Soulagement immédiat. Lit. Régime lacté.

Entré le 25 mars 1909.

Sort guéri le 6 avril 1909.

OBSERVATION II

Jean H..., salle 2, lit 14.

23 avril 1909. — Blennorragie de deux mois.

Orchite gauche de quatre jours, très douloureuse.

Chlorure d'éthyle. Incision. Quelques gouttes de pus.

Pas d'examen bactériologique.

Entré le 15 avril.

Sorti le 4 mai 1909.

OBSERVATION III

Julien Z..., salle 1, lit 11.

1^{er} mai 1909. — Goutte militaire réveillée.

Adhérence au scrotum.

Orchite gauche depuis le 8 avril.

Incision, donne du pus.

Entré le 15 avril.

Sorti le 15 mai.

OBSERVATION IV

Charles V..., vingt-trois ans, salle 4, lit 8.

8 mai 1909. — Blennorrhagie depuis trois semaines.

Orchite à droite récidivante depuis un mois et demi, guérie depuis vingt jours ; orchite gauche depuis huit jours, et réapparue à droite.

Incision double.

Entré le 7 mai.

Sorti le 30 mai.

OBSERVATION V

Maurice C..., salle 4, lit 3.

11 mai 1909. — Vieille urétrite de six ans.

Électrolyse (?) récente pour rétrécissement n'existant pas.

Deux jours après dernière séance, orchite droite très douloureuse.

Chlorure d'éthyle. Incision. Absès de la grosseur d'une noisette. Gonocoques dans le pus.

Entré le 6 mai.

Sorti le 22 mai.

OBSERVATION VI

Jacques M..., vingt-neuf ans, salle 4, lit 4.

4 juin 1909. — A eu trois orchites depuis deux ans ; blennorrhagie chronique depuis deux ans et demi.

Depuis le 15 mai, orchite droite.

Épididyme gros, bosselé, douloureux.

Incision ; grumeaux purulents.

Entré le 24 mai.

Sorti le 11 juin.

OBSERVATION VII

Louis G..., vingt-sept ans, salle 2, lit 21.

7 juin 1909. — Blennorrhagie depuis le 27 mai

Orchite droite depuis le 5 juin.

Incision. Quelques gouttes de pus.

Entré le 8 juin.

Sorti le 20 juin.

OBSERVATION VIII

Louis P..., trente ans, salle 2, lit 11.

13 juin 1909. — Blennorrhagie chronique.

Orchite droite à rechutes depuis un an. Quatrième récursive.

Épididyme très douloureux, gros, bosselé. Nombreux traitements sans résultats définitifs.

Incision. Très peu de pus.

Entré le 20 mai.

Sorti le 24 juin.

Ce malade n'est pas revenu à Ricord depuis, et il avait formellement promis de revenir en cas de rechute.

OBSERVATION IX

Louis P..., vingt-deux ans, salle 2, lit 17.

7 juillet 1909. — Dernière blennorragie il y a six ans. Orchite depuis le 23 juin, augmente d'intensité. Testicule très volumineux, très douloureux ; peau adhérente, rouge ; abcès épидидymaire collecté ; énorme funiculite ; cordon gros comme deux travers de doigt, induré, douloureux, perceptible jusque dans la fosse iliaque.

Incision de l'épididyme. On ne trouve pas de pus ; quelques grumeaux.

Disparition immédiate de la douleur ; le gonflement diminue très rapidement.

Entré le 5 juillet.

Sorti guéri le 18 juillet.

OBSERVATION X

Paul L..., vingt-quatre ans, salle 1, lit 4.

26 juillet 1909. — Première blennorragie, datant de neuf jours. Orchite droite depuis un jour. Très douloureuse.

Un peu de pus à l'incision.

Entré le 22 juillet.

Sorti le 7 août.

OBSERVATION XI

Frédéric H..., dix-neuf ans, salle 1, lit 9.

28 juillet 1909. — Orchite gauche. Incision. Pus.

Entré le 26 juillet.

Sorti le 5 août.

OBSERVATION XII

Jean E..., dix-huit ans, salle 4, lit 9.

22 novembre 1909. — Abscess du canal déférent et de l'épididyme.

Blennorrhagie depuis quinze jours. Traitements variés par moyens non classiques et personnes extra-médicales.

Incision. Pus à gonocoques. Guérison absolue.

Entré le 22 octobre.

Repos. Cataplasmes.

Opéré le 22 novembre 1909.

Sorti le 29 novembre 1909.

OBSERVATION XIII

François P..., vingt-quatre ans, salle 2, lit 16.

4 décembre 1909. Épидidymite chronique gauche, douloureuse depuis un an. Blennorrhagie depuis cinq ans. Poussée aiguë. Incision. Pas de pus.

Entré le 3 décembre.

Sorti le 22 décembre.

OBSERVATION XIV

Paul A.... vingt ans, salle 4, lit 4.

8 janvier. — Blennorragie depuis quinze jours. Orchite depuis un jour, très grosse et douloureuse.

Incision. Pus.

Entré le 7 janvier.

Sorti le 28 janvier.

OBSERVATION XV

Louis E..., vingt et un ans, salle 2, lit 17.

18 février 1909. — Épididyme blennorragique de la veille.
Blennorragie depuis cinq jours.

Incision. Pus.

Entré le 17 février.

Sorti le 24 février.

OBSERVATION XVI

Jean B..., vingt-neuf ans, salle 3, lit 1.

24 février. — Épididymite gauche de quatre jours.

Blennorragie à récides depuis six mois.

Incision. Pus.

Entré le 22 février.

Sorti le 3 mars.

OBSERVATION XVII

Jean M..., dix sept ans et demi, salle 4, lit 19.

21 mars. — Orchite de la veille. Blennorragie depuis quatre jours (chasseur de café, marchant à bicyclette).

Excessivement douloureuse. Incision. Soulagement instantané. Pas de pus.

Entré le 21 mars.

Sorti le 29 mars.

OBSERVATION XVIII

Emmanuel J..., trente quatre ans, salle 3, lit 5.

27 mai 1910. — Blennorragie ancienne.

Orchi-épididymite droite très douloureuse. Incision. Pus.

Entré le 22 mai.

Sorti le 7 juin.

OBSERVATION XIX

Paul K..., vingt-quatre ans, salle 4, lit 11.

1^{er} juin 1910. — Blennorragie depuis trois mois. Poussée aiguë; énorme épididymite droite.

Ponction au bistouri. Un peu de pus. Soulagement très rapide.

Entré le 30 mai.

Sorti le 16 juin.

OBSERVATION XX

Pierre D..., vingt-neuf ans, salle 3, lit 17.

21 octobre 1910. — Épididymite blennorragique gauche ne

rétrocédant pas depuis un mois, survenue le quinzième jour d'une blennorrhagie. Induration épididymaire de la grosseur d'un marron.

Chlorure d'éthyle. Incision ; 1 cuillère à café de pus.

Pas de drainage.

Entré le 20 septembre.

Sorti le 26 octobre.

OBSERVATION XXI

Augustin V..., vingt et un ans, salle 2, lit 11.

17 novembre 1910. — Ponction d'épididymite blennorrhagique droite datant de huit jours. Pus.

Entré le 14 novembre.

Sorti le 26 novembre.

OBSERVATION XXII

Dominique R..., trente deux ans, salle 2, lit 9.

17 novembre 1910. — Épididymite de la grosseur d'une châtaigne, après blennorrhagie de quatorze jours. Pus gros comme un pois.

Entré le 14 novembre.

Sorti le 24 novembre.

OBSERVATION XXIII

Joseph B..., vingt-huit ans, salle 4, lit 2.

3 décembre 1910. — Blennorrhagie ancienne. Poussées aiguës depuis trois mois.

Orchite double : début à droite il y a cinq jours. L'orchite gauche, datant de huit jours, est en régression.

Queue de l'épididyme droit adhérente et son ouverture montre un prolongement dans le déférent. Large ouverture ; libération de la vaginale adhérente et réparation à la soie. Suture sans drainage. Nettoyages à l'eau phéniquée forte.

Il s'agissait d'épididymite suppurée ou collection sous-cutanée.

Entré le 27 novembre.

Sorti le 26 décembre.

OBSERVATION XXIV

Gustave M..., trente ans, salle 4, lit 17.

5 décembre 1910. — Orchite droite consécutive à séances de dilatation en dehors de l'hôpital.

Blennorragie très ancienne et dilatation pour rétrécissement n'existant pas

Traitement médical depuis trois semaines, sans succès.

Ponction. Pus.

Entré le 14 novembre 1910.

Sorti avant le 20 décembre.

CONCLUSIONS

En somme, nous croyons pouvoir déclarer que la suppuration épидидymaire est plus fréquente qu'on ne le croit au cours de la blennorrhagie ; qu'elle fait courir au malade, en se prolongeant ou en étant livrée à son évolution spontanée, des dangers qu'on lui évite en donnant issue au pus.

Et nous sommes catégorique sur ces points : qu'on diminue, par l'incision de la collection épидидymaire suppurée, la douleur souvent intense des patients, que le soulagement est immédiat, et que, étant donné la simplicité de l'intervention et son entière bénignité, tout porte à l'introduire dans la pratique au lieu et place des vieilles méthodes, jusqu'ici préconisées, qui, tout en ayant leurs résultats, parfois satisfaisants, souvent incomplets, fréquemment longs à se produire, n'ont pas à être regrettées ni par le malade ni par le médecin.

Vu : le Président de la thèse,

PAUL SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, t. VII, fasc. 2, p. 282 (Masson, Paris, 1885).
- SIMON et DUPLAY. — Trois cas de prétendues orchite-épididymites par effort (Archiv. gén. de Méd., 1876, XXXVIII, 6^e série, p. 363).
- GUÉPIN (A.). — Foyer infectieux prostatogénital (Trib. méd., 28 octobre 1896).
- SÉE (M.). — Le Gonocoque (Thèse de Paris, 1896, n^o 289, p. 122.)
- VIGUEROT. — Abscess du testicule (Bulletin de la Société anat. de Paris, XIV^e année, 5^e série, 3^e fasc. 21 juillet 1889, p. 486).
- ROUTIER (A.). — Orchite blennorragique suppurée. Présence du gonocoque dans le pus (Méd. moderne, 17 juillet 1895, t. VI, n^o 57, p. 453).
- GROZ (M.). — Épididymite gonococcique (Soc. imp. et roy. de Vienne. Séance du 12 nov. 1867. Semaine médicale, 17 nov. 1897, n^o 54, p. 432).
- COLLAN (Walter). — Épididyme à gonocoque (Wien. Klin. Wochenschr., 2 déc. 1897, n^o 48, p. 1061).
- ROLLET (Étienne.). — Pathol. et trait. de l'épid. blenn. (Sem. méd., 16 mai 1894, n^o 29, p. 226).
- DELAPORTE. — De l'Orchite aiguë blennorragique (Thèse de Paris, 1886, p. 12).
- AUGAGNEUR et MOLLIÈRE (V.). — Art. Testicule du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, t. XVI, 3^e série, p. 605 (chez Masson, Paris, 1886).
- ÉRAUD. — Observation d'épididymite blennorragique termi-

née par suppuration (Annales de Derm. et Syph. ligr., 1892, p. 164).

CURLING (P.). — Traité pratique des maladies du testicule. Traduit par Gosselin, p. 294 (chez Labbé, Paris, 1897).

FOURNIER (A.). — Article : Blennorragie du nouveau Dictionnaire de Méd. et Chir. pratiques, t. V, p. 209, chez Ballière, Paris, 1866).

MALASSEZ et TERRILLON. — Recherches expérimentales sur l'anatomie pathologique de l'épididymite consécutive aux inflammations du canal déférent (Archiv. de Physique, 1880, p. 738-748).

MARADEIX (Alfred). — Déférentite, vésiculite et péritonite blennorragiques (Thèse de Paris, 1898).

ALMKRIST. — Un cas de phlegmon blennorragique (Archives für dermat. und Syph., XLIX, 1899, 23. Semaine médicale, 2 août 1899, n° 91, p. 383).

LEDOUBLE. — De l'Épididymite blennorragique (chez Delahaye, Paris, 1879, p. 233).

FAUCON. — Sur la péritonite et le phlegmon sous-péritonéal, d'origine blennorragique.